

University of Groningen

Screening of Distress and Referral Need in Dutch oncology practice

van Nuenen, Floor Maria

DOI:
[10.33612/diss.97362459](https://doi.org/10.33612/diss.97362459)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
van Nuenen, F. M. (2019). *Screening of Distress and Referral Need in Dutch oncology practice*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.
<https://doi.org/10.33612/diss.97362459>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Appendices

Nederlandse samenvatting

Nederlandse samenvatting

Inleiding

Het krijgen van de diagnose kanker en de behandeling ervan gaan vaak gepaard met praktische, sociale, emotionele, spirituele en fysieke problemen, in de literatuur samengevat onder de noemer 'distress'. Omdat voortbestaan van (ernstige) distress en onvervulde zorgbehoeften zijn geassocieerd met verminderde kwaliteit van leven (KvL) en kan interfereren met het behandeling-, herstel- en verwerkingsproces is het proces Screening for Distress and Referral Need (SDRN) ontwikkeld op initiatief van het Integraal Kankercentrum – locatie Groningen (IKNL-G). Dit proces heeft tot doel 1) het tijdig herkennen van distress en psychosociale problemen bij patiënten met kanker gedurende het ziekteverloop en in de periode daarna en 2) het verwijzen van patiënten naar de juiste gespecialiseerde psychosociale en/of paramedische hulpverlener om zo de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren en hun tevredenheid met de geleverde zorg te verhogen. IKNL-G startte in 2005 met de ontwikkeling en implementatie van SDRN in de dagelijkse praktijk van ziekenhuizen in Noord Oost Nederland.

Om de implementatie van SDRN te optimaliseren zijn verschillende aspecten van het SDRN proces en de implementatie daarvan onderzocht. De hoofdstukken in dit proefschrift vormen hiervan de neerslag. Hieronder volgt daarvan een samenvatting.

Samenvatting

In hoofdstuk 1 worden cijfers over incidentie en prevalentie van kanker gegeven en wordt een verscheidenheid aan praktische, sociale, emotionele, praktische en spirituele/existentiële problemen (samengevat onder de noemer distress) besproken, die patiënten kunnen ervaren als gevolg van de diagnose kanker, de behandeling daarvan en in de periode daarna. De Stress and Coping Theory van Lazarus en Folkman wordt geïntroduceerd als theoretische basis voor de manier waarop patiënten omgaan met een stressor, zoals een diagnose kanker en de behandeling daarvan.

Deze theorie gaat ervan uit dat, nadat de patiënt eerst zelf betekenis heeft gegeven aan de stressor (primary appraisal), interne hulpbronnen (zoals persoonlijkheid, probleemoplossend vermogen) en externe hulpbronnen (betreffen personen uit de

omgeving van de patiënt bijvoorbeeld familie, vrienden en zorgverleners) waarover de patiënt beschikt, de patiënt kunnen helpen bij de omgang met de stressor (secondary appraisal) en de daardoor ontstane distress. De aan- of afwezigheid van hulpbronnen kunnen ook juist risicofactoren vormen voor distress.

Aan de orde komt dat uit de literatuur blijkt dat tussen de 25-52% van de patiënten (ernstige) distress ervaart, terwijl slechts 10% hiervoor gespecialiseerde psychosociale zorg blijkt te ontvangen. Het percentage patiënten met onvervulde zorgbehoeften (psychosociaal en paramedisch) wordt in de literatuur geschat op tussen de 37-54%. Een substantieel deel van de patiënten lijkt dus geen adequate psychosociale en/of paramedische zorg te ontvangen. Aangezien aanhoudende distress en onvervulde zorgbehoeften in verband zijn gebracht met verminderde kwaliteit van leven en verhoogde zorgconsumptie en kan interfereren met het behandeling-, herstel- en verwerkingsproces, is het noodzakelijk de psychosociale zorg te verbeteren. Oorzaken voor het niet (tijdig) herkennen van distress en psychosociale problemen liggen zowel bij de zorgverleners die o.a. moeite zouden hebben met het herkennen van (ernstige) distress als bij patiënten die bijvoorbeeld deze problemen niet te berde brengen.

Het National Comprehensive Cancer Network (NCCN) in Amerika ontwikkelde in 1999 de eerste richtlijn met betrekking tot distress screening, als manier om dit probleem aan te pakken. In het begin van de 21^e eeuw bouwde men in Nederland hierop voort en ontwikkelde het IKNL-G (in 2011 opgegaan in het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)) het proces 'Screening for Distress and Referral Need' (SDRN) om de kwaliteit van de psychosociale zorg in de ziekenhuizen in de regio te verbeteren. Het ontwikkelde proces kwam later terug in de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' dat op initiatief van en door de NVPO, met procesbegeleiding van het IKNL en financiering van het KWF ontwikkeld werd en dat op Oncoline gepubliceerd werd in 2011. De gereviseerde versie verscheen in 2017. SDRN bestaat uit:

1. *Invullen van de Lastmeter* door de patiënt om zicht te krijgen op de aard en ernst van problemen die de patiënt ervaart.
2. *Bespreken* van de antwoorden door patiënt en zorgverlener.
3. *Verwijzen* naar gespecialiseerde psychosociale en/of paramedische hulpverleners indien nodig en/of gewenst door de patiënt op basis van de bespreking van de ingevulde Lastmeter.

Hoofdstuk 2 rapporteert over de resultaten van een exploratieve beschrijvende studie onder 25 zorgprofessionals, verantwoordelijk voor de implementatie van SDRN in de dagelijkse klinische praktijk in de ziekenhuizen van noord en oost Nederland. Dit onderzoek laat zien dat de implementatie van SDRN, met behulp van een gestructureerd plan van aanpak, inclusief beschikbare materialen en met centrale projectbegeleiding door IKNL-G, haalbaar is. In 21 van de 23 ziekenhuizen bleek op het moment van het onderzoek SDRN daadwerkelijk onderdeel te zijn geworden van die dagelijkse praktijk. In de meerderheid van deze ziekenhuizen bleek SDRN geïmplementeerd bij meer dan één patiëntengroep, met name bij patiënten met borstkanker. Zorgverleners zijn positief over de structurele aandacht die door de implementatie van SDRN wordt gegeven aan het psychosociaal en fysiek functioneren van de patiënt, alsmede over de verbeterde interdisciplinaire communicatie. Ook zijn zorgverleners overwegend positief over de Lastmeter als instrument om zicht te krijgen op en te communiceren over de psychosociale en fysieke problemen die patiënten ervaren en hun behoefte om hiervoor al dan niet verwezen te worden. Zorgverleners hebben de indruk dat SDRN leidt tot beter onderbouwde en correcte verwijzingen. Het gaat niet persé om meer verwijzingen. Ondanks de overwegend positieve ervaringen, laat dit onderzoek ook zien dat er volgens de respondenten ruimte is voor verbetering in de uitvoering van SDRN. Over het zich houden aan de logistieke afspraken, structureel laten invullen van de Lastmeter en bespreken van de antwoorden, zijn respondenten minder tevreden, waarbij zorgverleners wijzen op een gebrek aan tijd. Ook de frequentie en timing van SDRN kan worden geoptimaliseerd. Zorgverleners in ziekenhuizen waar SDRN minimaal 3 keer plaats vond gedurende het gehele behandeltraject en tijdens de follow up waren positiever dan zorgverleners bij wie dat niet het geval was. In de ziekenhuizen waren van alle disciplines in ieder geval verpleegkundigen betrokken bij de implementatie en uitvoering van SDRN.

In hoofdstuk 3 komen de ervaringen van patiënten met en hun mening over SDRN aan de orde. Deze werden onderzocht met behulp van een kwantitatieve observationele studie. De studie laat zien dat van de 498 respondenten (respons = 54%), 81% aangeeft een Lastmeter te hebben ingevuld en dat 61% van deze patiënten alle processtappen (invullen Lastmeter, informatie over het doel van SDRN en de Lastmeter ontvangen (86%), antwoorden besproken (76%), informatie ontvangen over verwijzingsmogelijkheden en de expertise van deze zorgverleners (87%)) heeft doorlopen. Na implementatie van SDRN waren slechts 3 patiënten met

een behoefte aan een verwijzing niet verwezen. Van de patiënten zou 78% SDRN aanbevelen bij anderen. Patiënten zijn overwegend positief over de Lastmeter. Hoe vaker patiënten een Lastmeter hebben ingevuld en hoe meer van de processtappen ze hebben ervaren, des te positiever ze zijn over SDRN. Ook op basis van de ervaring en mening van patiënten is verdere optimalisatie van de uitvoering van SDRN mogelijk en nodig: met name dient men er voor te zorgen dat patiënten regelmatig een Lastmeter invullen en dat de antwoorden met hen worden besproken.

De vraag wat het effect is van de implementatie van SDRN op het functioneren van de patiënt stond centraal in hoofdstuk 4. Hiervoor zijn twee cohorten patiënten vergeleken. Het eerste cohort (N=518) werd gerekruteerd vóór de implementatie van SDRN, het tweede cohort (N=442) erna. Na de implementatie rapporteerden patiënten significant minder en minder ernstige problemen in het praktisch, sociale en emotionele domein van de Lastmeter. Ten aanzien van de mate van distress, problemen in het spirituele en fysieke domein, verwijswens, KvL, angst, depressie en tevredenheid van de patiënten met de ontvangen zorg werden geen verschillen gevonden. Deze resultaten sluiten aan bij het huidige wetenschappelijke bewijs voor een klein, maar positief effect van distress screening op dit soort uitkomstmaten.

Op de website www.lastmeter.nl (tegenwoordig te vinden op www.kanker.nl) kunnen patiënten ter voorbereiding op het consult met de arts of verpleegkundige of voor henzelf, waar en wanneer ze willen, een Lastmeter invullen. Hoofdstuk 5 laat zien dat antwoorden op Lastmeters die patiënten online invulden in het kader van klinische zorg (n=4756) significant verschilden van antwoorden op Lastmeters die patiënten die participeerden in onderzoek op papier invulden (n=1340). De gemiddelde DT score in de klinisch zorg groep was hoger, deze patiënten rapporteerden meer problemen in alle domeinen van de probleemlijst en meer hadden een verwijswens (all $p < 0.001$). Onderzoekers moeten zich realiseren dat de context waarin gegevens worden verzameld impact kan hebben op de antwoorden en daarmee op de representativiteit en generaliseerbaarheid van de bevindingen.

Het onderzoek naar het effect van levensfase en relatiestatus op de mate van distress, problemen en verwijswens in een cross sectionele groep van 1340 patiënten (hoofdstuk 6) laat zien dat singles en patiënten met een LAT relatie

(Living-Alone-Together) die jonger zijn dan 65 jaar 2 keer zoveel kans hebben op klinisch relevante distress (DT-score ≥ 5) en/of behoefte aan verwijzing vergeleken met gehuwde patiënten. Dit suggereert dat niet zozeer het hebben van een partner, maar de dagelijkse aanwezigheid van een partner een belangrijke factor is voor het meer of minder ervaren van distress. Bij patiënten ouder dan 65 jaar lijkt de aanwezigheid van een partner minder van belang. Zorgverleners betrokken bij de implementatie en/of uitvoering van SDRN in de dagelijkse praktijk kunnen meer problemen verwachten bij jongere patiënten met een LAT relatie en singles.

In hoofdstuk 7 zijn de belangrijkste bevindingen van de onderzoeken in dit proefschrift samengevat. De methodologische afwegingen van dit proefschrift worden besproken evenals de implicaties van de bevindingen voor de dagelijkse praktijk. Het doel van IKNL-G om SDRN te implementeren in de ziekenhuizen van Noordoost Nederland was om de kwaliteit van de psychosociale zorg voor patiënten met kanker te verbeteren, en daarmee ook hun kwaliteit van leven. Achteraf gezien lijkt het dat het implementatieproject van het IKNL-G heeft bijgedragen aan het onder de aandacht brengen van het belang van psychosociale zorg als structureel onderdeel van de oncologische zorg. Ondanks dat het effect op het functioneren van de patiënten in onze studie minimaal is, is dit geen reden SDRN niet te implementeren. SDRN heeft immers tot doel tijdig herkennen en bespreken van distress en psychosociale zorgbehoefte en indien nodig verwijzen. De meningen en ervaringen van patiënten en zorgverleners suggereren dat het SDRN proces hier positief aan bijdraagt. SDRN is daarmee een zinvolle interventie die helpt bij het verlenen van (basale) psychosociale zorg als structureel onderdeel van de zorg voor patiënten met kanker. Uitbreiding van de implementatie en optimalisatie van de uitvoering door beschikbaar stellen van voldoende tijd en scholen van zorgverleners over het belang en het leveren van adequate psychosociale zorg worden daarom aanbevolen. Afgesloten wordt met adviezen voor toekomstig onderzoek.

Dutch and English version of the DT&PL

lastmeter

Invuldatum:
..... - -
(dag - maand - jaar)

Vul eerst de thermometer in:
Omcirkel het nummer op de thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) hebt gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.

Thermometer

10 — 9 — 8 — 7 — 6 — 5 — 4 — 3 — 2 — 1 — 0

extreem veel last helemaal geen last

Probleemlijst

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren. Wilt u elke vraag beantwoorden?

Als u Ja hebt geantwoord, wilt u dan met een cijfer van 1-10 aangeven hoeveel moeite of problemen u hebt ervaren? (1 = nauwelijks moeite of problemen en 10 = extreem veel moeite of problemen).

| indien ja, hoeveel | nee | Lichamelijke problemen |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | uiterlijk |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | veranderde urine – uitscheiding |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | verstopping / obstipatie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | diarree |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | eten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | opgezwollen gevoel |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | koorts |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | mondslijmvlies |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | misselijkheid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | droge, verstopte neus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | pijn |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | seksualiteit |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | droge, jeukerige huid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | slaap |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | benauwdheid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | duizeligheid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | praten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | smaakvermogen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | veranderingen in gewicht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | tintelingen in handen / voeten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wassen / aankleden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | dagelijkse bezigheden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | moeheid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | conditie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | sierkracht |

Andere problemen

.....

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

☐ ja ☐ misschien ☐ nee

Zo ja, met wie?

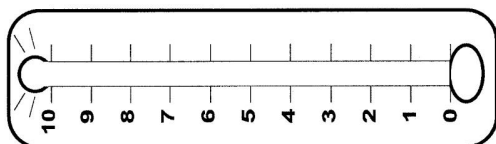
☐ verpleegkundige ☐ geestelijk verzorger
☐ diëtist ☐ psycholoog
☐ fysiotherapeut ☐ lotgenoten
☐ maatschappelijk werker ☐ iemand anders

Distress thermometer and problem list

Date of today: " " (day-month-year)

First, please circle the number on the thermometer that best describes how much distress you have been experiencing in the past week (including today) physically, emotionally, socially, practically and religiously.

Thermometer



10 = Extreme distress

0 = No distress at all

Source NCCN, USA;
©IKNL, the Netherlands

Problem list

Second, please indicate by checking yes or no if any of the following has been a problem for you in the past week (including today). If yes, please rate from 1 (only a minor problem) to 10 (very serious problem) how much of a problem it has been.

| Yes | if yes, how much | No | Practical problems |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | child care |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | housing |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | housekeeping |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | transportation |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | work/school/study |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | financial |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | insurance |
| Family / social problems | | | |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | dealing with partner |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | dealing with children |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | dealing with friends/family |
| Emotional problems | | | |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | keeping emotions under control |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | memory |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | self confidence |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | fears |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | depression |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | tension/nervousness |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | loneliness |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | concentration |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | feelings of guilt |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | loss of control |
| Religious/spiritual concerns | | | |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | meaning of life |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | trust in God / religion |

Physical problems

| Yes | if yes, how much | No | Physical problems |
|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | appearance |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | changes in urination |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | constipation |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | diarrhoea |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | eating |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | feeling swollen |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | fever |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | mouth sores |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | nausea |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | nose dry/congested |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | pain |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | sexual |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | skin dry/itchy |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | sleep |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | shortness of breath/breathing |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | nausea |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | speech/talking |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | taste |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | weight change |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | tingling in hands/feet |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | bathing/ dressing |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | daily activities |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | fatigue |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | out of shape/condition |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | muscle strength |

Other problems?

| Would you like to talk with someone about your problems? | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Yes | <input type="radio"/> maybe |
| <input type="radio"/> Yes, with whom? | <input type="radio"/> No |
| <input type="radio"/> nurse | <input type="radio"/> pastoral worker |
| <input type="radio"/> dietician | <input type="radio"/> psychologist |
| <input type="radio"/> physiotherapist | <input type="radio"/> fellow patients |
| <input type="radio"/> social worker | <input type="radio"/> another, namely ... |

About the author

Curriculum Vitae

On the 27th of November 1980, Floor Maria van Nuenen was born in Lochem. After graduating from high school (Isendoorn College, Warnsveld), she moved to Groningen to study Sociology at the University of Groningen. Her interest in and admiration for the care her grandmother received sparked her motivation for the subject of her thesis, “The meal is more than food; dining experiences of people with Alzheimer in nursing homes”, for which she received the Gadourek Scriptieprijs Sociologie 2002/2003. Healthcare, in particular the quality of patient care has become the main theme in her career, which began at Servier Nederland Farma B.V. During this time she and her partner Robert became the parents of Lieke, Koen en Ties.

After Ties was born, Floor began searching for a job more closely related to direct patient care. She met Harry van de Wiel and Josette Hoekstra-Weebers and was given the opportunity to work with them on a research project. Floor eagerly took on this project, which has resulted in this dissertation. For the first 20 months of the project, she worked on it full-time. After that, she has worked on the project while simultaneously working on other tasks, firstly at the Wenckebach Institute Expertise centre Communication, Leadership, Assessment and Cooperation. Floor worked as an advisor for optimizing the functioning of healthcare professionals working at the University Medical Center Groningen.

Since 2016, she has been project leader for the Citrien programme entitled “Naar regionale oncologienetwerken”. The programme aims to improve care for cancer patients, for which Floor collaborates with healthcare professionals and patients to stimulate and facilitate the formation of oncology networks. The projects Floor works on are focused on improving the exchange of information between hospitals and between the hospital and the general practitioner. They additionally focus on designing the best fitting treatment plan for each oncology patient, medically-speaking and suiting the patient’s personal situation, preferences, and needs.

Portfolio

Courses

| | |
|--|------|
| Advancing Psycho-Oncology Care and Services by Optimizing Knowledge Translation (KT) Research and Practice | 2013 |
| Leidinggeven aan professionals, De Baak i.s.m. het Wenckebach Instituut | 2015 |
| Zicht op financiering, Wenckebach Instituut | 2015 |
| Outputsturing: van visie naar resultaat, Wenckebach Instituut | 2016 |

Presentations

| | |
|--|------|
| 15 th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy; “Beware the difference: comparison of cancer patients’ responses on the DT/PL online versus using paper forms”. | 2013 |
| NVPO Congres; “Detection of Need for Care (DNC) Patients’ experiences and opinions”. (poster) | 2014 |
| MedicalPHIT Seminar XDS 2017; “Bovenregionale oncologienetwerken”. | 2017 |
| Congres Samen beslissen met kwetsbare mensen; “Patiëntenvoorkeuren in het MDO”. (poster) | 2018 |
| Jaarcongres Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; “Besluitvorming bij ouderen met kanker”. | 2018 |
| Jaarcongres IHE Nederland en RSO Nederland; “HPB expertpanel, wat is daar voor nodig?”. | 2018 |
| Symposium Besluitvorming in de oncologie: en nu samen met de patiënt!; ‘De mens achter de patiënt in het besluitvormingsproces’. | 2019 |

Publications

Accepted

Cancer patients' experiences with and opinions on the process 'Screening of Distress and Referral Need' (SDRN) in clinical practice: A quantitative observational clinical study. van Nuenen FM, Donofrio SM, van de Wiel HBM, Hoekstra-Weebers JE. PLoS One. 2018 Jun 14;13(6):e0198722.

Cancer patients' referral wish: effects of distress, problems, socio-demographic and illness-related variables and social support sufficiency. Admiraal JM, van Nuenen FM, Burgerhof JG, Reyners AK, Hoekstra-Weebers JE. Psychooncology. 2016 Nov;25(11):1363-1370.

Feasibility of implementing the 'Screening for Distress and Referral Need' process in 23 Dutch hospitals. van Nuenen FM, Donofrio SM, Tuinman MA, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Support Care Cancer. 2017 Jan;25(1):103-110.

Distress, problems and referral wish of cancer patients: differences according to relationship status and life phase. Tuinman MA, Van Nuenen FM, Hagedoorn M, Hoekstra-Weebers JE. Psychooncology. 2015 Jun;24(6):699-704.

Submitted

Effects on patient reported outcomes of 'Screening of Distress and Referral Need' implemented in Dutch oncology practice. van Nuenen FM, Donofrio SM, Tuinman MA, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE.

Cancer patients' responses to Distress Thermometers and Problem Lists completed for clinical care or for research purpose differ. van Nuenen FM, Donofrio SM, van de Wiel HBM, Hoekstra-Weebers JE.

Dankwoord

Dankwoord

Door de kans die mij is gegeven,
de hulp die ik heb ontvangen,
de ruimte die mij werd geboden
en de aanmoediging die ik van velen heb gekregen
is dit proefschrift tot stand gekomen.

Iedereen die op welke manier dan ook heeft bijgedragen

BEDANKT!

In het bijzonder Josette, Stacey, Harry,
mijn ouders Ans en Jos en mijn lief, Robert.

Research Institute SHARE

Research Institute SHARE

This thesis is published within the **Research Institute SHARE** (Science in Healthy Ageing and healthcaRE) of the University Medical Center Groningen / University of Groningen.

Further information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: <http://www.share.umcg.nl/>

More recent theses can be found in the list below.
((co-) supervisors are between brackets)

2019

Dierselhuis EF

Advances of treatment in atypical cartilaginous tumours

(prof SK Bulstra, prof AJH Suurmeijer, dr PC Jutte, dr M Stevens)

Gils A van

Developing e-health applications to promote a patient-centered approach to medically unexplained symptoms

(prof JGM Rosmalen, prof RA Schoevers)

Notenbomer A

Frequent sickness absence; a signal to take action

(prof U Bultmann, prof W van Rhenen, dr CAM Roelen)

Bishanga DR

Improving access to quality maternal and newborn care in low-resource settings: the case of Tanzania

(prof J Stekelenburg, dr YM Kim)

Tura AK

Safe motherhood: severe maternal morbidity and mortality in Eastern Ethiopia

(prof SA Scherjon, prof J Stekelenburg, dr TH van den Akker)

Vermeiden CJ

Safe motherhood : maternity waiting homes in Ethiopia to improve women's access to maternity care

(prof J Stekelenburg, dr TH van den Akker)

Schrier E

Psychological aspects in rehabilitation

(prof PU Dijkstra, prof JHB Geertzen)

Malinakova K

Spirituality and health: their associations and measurement problems

(prof SA Reijneveld, prof P Tavel, dr JP van Dijk)

Dijkhuizen A

Physical fitness and performance of daily activities in persons with intellectual disabilities and visual impairment; towards improving conditions for participation

(prof CP van der Schans, dr A Waning, dr WP Krijnen)

Graaf MW de

The measurement and prediction of physical functioning after trauma

(prof E Heineman, dr IHF Reininga, dr KW Wendt)

Vrijen C

Happy faces and other rewards; different perspectives on a bias away from positive and toward negative information as an underlying mechanism of depression

(prof AJ Oldehinkel, prof CA Hartman, prof P de Jonge)

Moye Holz DD

Access to innovative medicines in a middle-income country; the case of Mexico and cancer medicines

(prof HV Hogerzeil, prof SA Reijneveld, dr JP van Dijk)

Woldendorp KH

Musculoskeletal pain & dysfunction in musicians

(prof MF Reneman, prof JH Arendzen, dr AM Boonstra)

Mooyaart JE

Linkages between family background, family formation and disadvantage in young adulthood

(prof AC Liefbroer, prof F Billari)

Maciel Rabello L

The influence of load on tendons and tendinopathy; studying Achilles and patellar tendons using UTC

(prof J Zwerver, prof RL Diercks, dr I van den Akker-Scheek, dr MS Brink)

Holvast F

Depression in older age

(prof PFM Verhaak, prof FG Schellevis, prof RC Oude Voshaar, dr H Burger)

For earlier theses visit our website